

Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



GRUPOS DE EXPERTOS DEL PAPPS

Recomendaciones sobre el estilo de vida

Rodrigo Córdoba, Carmen Cabezas, Francisco Camarelles, Juana Gómez, Damián Díaz Herráez, Asensio López, Fernando Marqués[†], Elena Muñoz, Bibiana Navarro y José Ignacio Ramírez

Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS

[†]In memoriam

La intervención sobre el estilo de vida

Hay una amplia evidencia de correlación entre determinados estilos de vida saludables y la disminución de las principales enfermedades crónicas y la mortalidad por cualquier causa^{1,2}.

Las intervenciones conductuales (*behavioral counseling interventions*) son las más recomendadas para promover cambios hacia conductas más saludables³, e incluyen: valoración de las conductas, establecimiento de metas, aumento de concienciación, superación de barreras, gestión efectiva del estrés, reestructuración cognitiva, prevención de recaídas y provisión de apoyo, y tratamiento adecuados. Además de establecer planes de acción en colaboración con el paciente y de programar un seguimiento adecuado, la *entrevista motivacional*⁴ ha demostrado ser útil en la clínica para mejorar los resultados en los cambios prescritos.

Muchas intervenciones e investigaciones sobre el cambio de conductas se basan en el modelo de los estadios del cambio (*stages of change model*). Según éste, cambiar una conducta es un proceso durante el cual las personas se mueven a través de una serie de etapas o estadios (tabla 1). Las intervenciones basadas en los estadios del cambio proponen actuaciones diferentes según el estadio en el que se encuentra la persona y resultan más complejas para los profesionales⁵. La evidencia sobre su efecto en atención primaria (AP) es limitada. Este modelo tiene limitaciones para comportamientos complejos (actividad física o la conducta alimentaria) o para la intervención sobre más de una conducta al mismo tiempo, y está en discusión⁶.

Muchas de las recomendaciones internacionales proponen que las intervenciones de consejo y asesoramiento se basen en el *modelo de las 5 Aes* creado por el USPSTF (tabla 2).

Tabla 1 Estadios del proceso del cambio de una conducta

Precontemplación	No se ha planteado seriamente la idea del cambio Hay un planteamiento serio de cambio en los próximos meses
Preparación	Es capaz de fijar una fecha y pensar un plan para cambiar
Acción	Se inicia el cambio y se mantiene la conducta por un tiempo
Mantenimiento	La persona mantiene la nueva conducta durante más de 6 meses
Recaída	La persona recae de forma permanente en la conducta anterior

En muchas ocasiones, las personas intentan varias veces el cambio de conducta, recayendo y volviendo a intentarlo, antes de cambiar definitivamente.

El Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) recomienda valorar los diferentes riesgos para la salud presentes en un individuo en un momento determinado⁷. A partir de esta valoración, hacer una *intervención personalizada* y adecuada al riesgo que presenta. Cualquier profesional sanitario (médico y de enfermería) debe y puede intervenir, intentando aumentar la concienciación de la persona y motivándola para el cambio. Es importante repetir la intervención en los sucesivos contactos con el centro de salud, pero evitar sobrecargar al paciente y al sanitario, repartiendo los consejos en las diferentes visitas.

Tabla 2 Modelo de las 5 Aes para las intervenciones de asesoramiento

<i>Assess</i> /averiguar	Preguntar sobre los factores y las conductas de riesgo, así como sobre los aspectos que afectan a la elección o el cambio de la conducta
<i>Advise</i> /aconsejar	Dar consejos claros, específicos y personalizados, e incluir información sobre los riesgos/beneficios personales
<i>Agree</i> /acordar	Pactar colaborativamente los objetivos y los métodos más apropiados, basados en los intereses y en la capacidad para el cambio de la persona
<i>Assist</i> /ayudar	Usar técnicas de modificación de la conducta (autoayuda o asesoramiento) para ayudar a la persona a conseguir los objetivos pactados adquiriendo las habilidades, la confianza y el apoyo social/ambiental que favorece el cambio, junto con los tratamientos farmacológicos cuando sean adecuados
<i>Arrange</i> /asegurar	Fijar (asegurar) visitas de seguimiento (en el centro o telefónicas) para ayudar/apoyar y para ajustar el plan terapéutico como se necesite, incluida la derivación a unidades especializadas cuando sea necesario

La American Medical Association celebró una conferencia donde diversas sociedades científicas establecieron una serie de competencias para intervenir sobre estilos de vida⁸:

- Liderazgo para practicar y promover estilos de vida saludables.
- Saber identificar los determinantes de salud del paciente relacionados con el estilo de vida y demostrar conocimiento de los cambios necesarios.
- Valorar la motivación y la disponibilidad del paciente y su familia al cambio, y establecer planes de acción conjuntos.
- Utilizar las guías y recomendaciones para ayudar a los pacientes a automanejar su conducta de salud y estilo de vida.
- Trabajar con un equipo multidisciplinario para atender al paciente desde todos los frentes necesarios.

Consumo de tabaco

Fumar es una causa conocida de cáncer, enfermedad cardiovascular, complicaciones del embarazo y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre más de 25 problemas de salud⁹. El consumo de tabaco es la primera causa de enfermedad, invalidez y muerte evitable en España. En el año 2006 se produjeron en España 53.155 muertes atribuibles al tabaquismo en individuos mayores de 35 años, lo que supone el 14,7% (el 25,1% en varones y el 3,4% en mujeres) de todas las muertes ocurridas en éstos¹⁰.

Fumar es al mismo tiempo una adicción física y psicológica, una conducta aprendida y una dependencia social. Dejar de fumar supone, por lo tanto, superar la adicción a la nicotina (mediante soporte psicológico y fármacos cuando se necesiten), desaprender una conducta (mediante estrategias conductuales) y modificar la influencia del entorno¹¹.

Se estima que un 70% de la población acude a su consulta de medicina de familia al menos una vez al año, y que las personas que fuman lo hacen con una frecuencia mayor que las que no fuman. Este hecho ofrece una importante oportunidad para promover la intención de dejar de fumar y proporcionar ayuda eficaz. Los argumentos principales que justifican el papel de la AP en el abordaje del tabaquismo son su accesibilidad, su función de puerta de entrada al sistema sanitario y la continuidad en la atención a las personas que fuman¹².

Se recomienda intervenir sobre el consumo de tabaco mediante la estrategia de las 5 Aes, que consiste en preguntar al paciente si fuma, aconsejar el abandono del tabaco, valorar la disponibilidad para hacer un intento de dejar de fumar, ayudar a cada persona en el intento de abandono y, por último, fijar visitas de seguimiento^{13,14}. En la consulta debemos intervenir sobre el paciente fumador según su deseo de abandono del tabaco¹⁵, con intervenciones distintas según el fumador quiera dejar de fumar (fig. 1) o no (fig. 2).

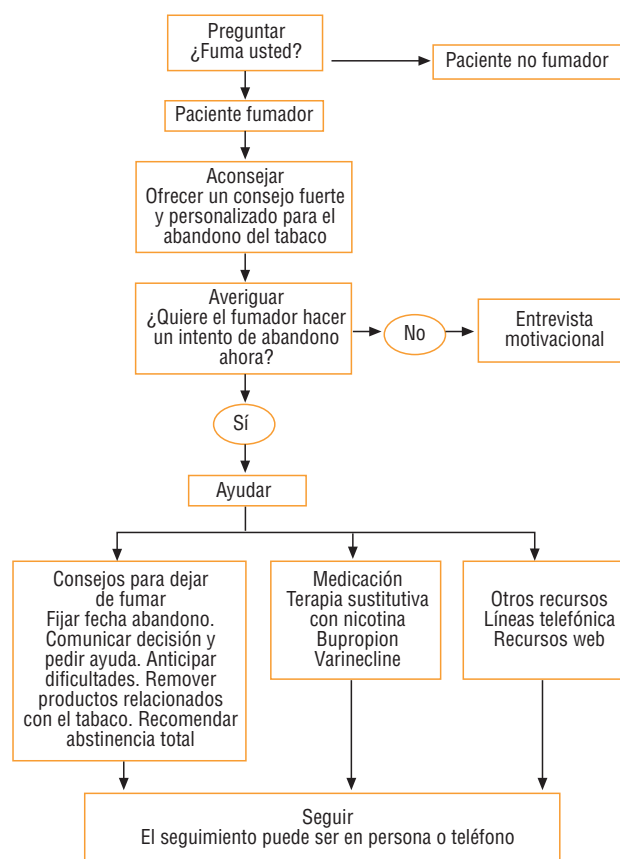


Figura 1. Intervenciones en el paciente fumador que quiere hacer un intento de abandono del tabaco en el momento de la visita. Adaptada de Fiore y Maker, 2011¹⁵.

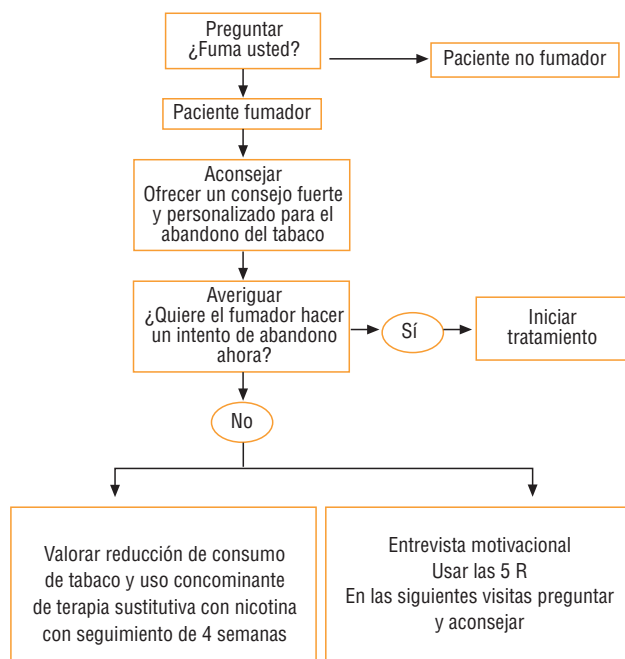


Figura 2. Intervenciones en el paciente fumador que no quiere hacer un intento de abandono en el momento de la visita. Adaptada de Fiore y Maker, 2011¹⁵.

Recomendaciones PAPPs

- Se recomienda preguntar en cada visita por el consumo de tabaco a las personas mayores de 10 años y registrar el consumo en la historia clínica (recomendación grado A de la USPSTF). La periodicidad mínima de esta detección debe ser de 1 vez cada 2 años. No es necesario reinterrogar a las personas mayores de 25 años en los que se tenga constancia en la historia clínica que nunca han fumado
- Todas las personas que fuman deben recibir un consejo claro y personalizado, debe ofrecérseles ayuda para dejar de fumar y se debe fijar un seguimiento mínimo durante las primeras semanas después de dejar de fumar (recomendación grado A de la USPSTF)

Consumo de riesgo y nocivo de alcohol

Justificación de la importancia epidemiológica y clínica del problema

En nuestro país, el consumo de riesgo y el consumo nocivo de alcohol es una de las primeras causas prevenibles de morbilidad y mortalidad. El alcohol es el tercer factor de riesgo más importante de muerte prematura y enfermedad, después del tabaquismo y la hipertensión arterial, por delante de la hipercolesterolemia y el sobrepeso. Aparte de ser una droga de abuso y dependencia, y además de los 60 o más diferentes tipos de enfermedad que puede causar, el

alcohol es responsable de notables perjuicios sociales, mentales y emocionales, incluyendo criminalidad y todo tipo de violencia, que conducen a enormes costes para la sociedad. En el año 2004, el número de muertes relacionadas con el consumo de alcohol fue de 8.391, lo que supone el 2,3% de la mortalidad total para ese año y el 9,2% de la carga de morbilidad, cifras que están sólo por detrás del tabaco y la presión arterial (PA). Durante el año 2004, la media de años potenciales de vida perdidos por causas relacionadas con el consumo de alcohol fue de 22,6 años, con un total de años de vida perdidos por esta causa en 2004 de 118.411¹⁶⁻¹⁸.

Experiencia internacional y española de su aplicación y resultados

La efectividad y el coste-efectividad de las intervenciones breves sobre el consumo de riesgo de alcohol han sido probados por numerosos estudios, tanto nacionales como internacionales. Bertholet et al, en una revisión sistemática y metaanálisis sobre el tema, concluyen que las intervenciones breves son efectivas, tanto para varones como para mujeres, en reducir el consumo de alcohol a los 6 y 12 meses, incluso en períodos superiores¹⁹.

En España hay al menos 3 experiencias controladas que apoyan la eficacia y efectividad de estas intervenciones en AP^{20,21}. Un metaanálisis de estudios españoles en AP apoya la eficacia de la intervención breve en personas con consumo de riesgo, aunque su efecto sea sólo moderado, encontrándose una disminución en el consumo semanal de alcohol de aproximadamente 100 g.

Las intervenciones en AP en individuos de 20 a 75 años son útiles para reducir el consumo de alcohol en 3-9 (30-90 g) unidades/semana y este efecto dura de 6 a 12 meses. La evidencia es aplicable a adultos y mujeres embarazadas (B). La evidencia para la intervención en adolescentes es insuficiente (C)²². Según la Colaboración Cochrane, la intervención breve para el consumo de alcohol en el ámbito de la AP da lugar a reducciones significativas del consumo semanal para los varones, con una disminución promedio de cerca de 6 UBE/semana en los pacientes. La revisión no mostró una reducción significativa en el consumo de alcohol para las mujeres. Una duración más larga del asesoramiento probablemente tiene poco efecto adicional²³. En la tabla 3 se muestra la evidencia de las recomendaciones sobre consumo de alcohol.

Recomendaciones PAPPs

- Se recomienda la exploración sistemática del consumo de alcohol mediante encuesta semiestructurada de cantidad/frecuencia, como mínimo cada 2 años, en toda persona de más de 14 años sin límite superior de edad. Esto debería hacerse al abrir una historia de primer día, al actualizar la historia clínica o ante cualquier indicio de sospecha
- El cálculo del alcohol consumido puede hacerse más fácilmente empleando la cuantificación en unidades
- Debe considerarse consumo de riesgo e intervenir cuando la ingesta semanal sea > 280 g en el varón

(28 U) o 170 g en la mujer (17 U). Se considera deseable reducir el consumo por debajo de límites más seguros, como 170 g en el varón (17 U) y 100 g en la mujer (11 U)

- También debe considerarse peligroso 60 g (6 U) en varones o 40 g (4 U) en mujeres en 24 h, 1 o más veces al mes. Las mujeres embarazadas, los adolescentes y los usuarios de maquinaria peligrosa o vehículos a motor deben ser persuadidos de abstenerse de bebidas alcohólicas
- Los pacientes clasificados como bebedores de riesgo deberán someterse a un cuestionario de dependencia (AUDIT)

Tabla 3 Evidencia de las recomendaciones sobre consumo de alcohol

Poblaciones tributarias de la intervención	Recomendación
Adultos	B
Mujeres embarazadas	B
Adolescentes	C
Otras recomendaciones	
El tratamiento farmacológico con el tratamiento médico se recomienda para el tratamiento de la dependencia del alcohol	A
Los pacientes con dependencia del alcohol deben ser remitidos a un tratamiento especializado	A
Los pacientes con dependencia crónica al alcohol y complicaciones médicas serias deben recibir un apoyo continuado	B

Actividad física

Justificación de la importancia epidemiológica y clínica del problema

Si atendemos al hecho de que nuestra supervivencia como especie está unida desde el inicio de nuestra existencia a la actividad física, rápidamente seremos conscientes de la importancia de ésta y de cómo los estilos de vida de la sociedad moderna con unos hábitos preferentemente sedentarios son nocivos para nuestra salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sitúa al sedentarismo entre los 10 principales riesgos de mortalidad global mundial, ocupando el cuarto lugar y siendo responsable de cerca del 6% del total de muertes (tabla 4).

La actividad física no es sólo una práctica deseable sino una necesidad, ya que además de los grandes beneficios que la práctica regular de ejercicio físico produce sobre la salud conocemos también que no mantener una vida activa produce consecuencias negativas en la salud y facilita la aparición de enfermedades.

Mantener una vida activa realizando ejercicio físico de forma regular es una medida preventiva eficaz para reducir el consumo de sustancias tóxicas, aumentar nuestra autoestima, la condición física, el rendimiento laboral, las relaciones interpersonales y la integración social, con lo que mejora nuestro bienestar personal y proporciona una mayor cantidad y calidad de vida al reducir la aparición de múltiples enfermedades y facilitar el control eficaz de las que han aparecido.

Experiencia internacional y española de su aplicación y resultados

El simple consejo médico en la consulta de AP resulta útil para establecer cambios de vida en los pacientes, aunque debemos destacar que los cambios producidos mediante el consejo no perduran en el tiempo; menos del 50% de las personas que empiezan un programa de ejercicio físico continúan con él 3-6 meses más tarde. Estos cambios pueden mantenerse en el tiempo si establecemos mecanismos de refuerzo en las consultas posteriores. La prescripción de ejercicio físico de forma individualizada resulta más útil para evitar el sedentarismo.

En la tabla 5 se revisa el grado de evidencia de las recomendaciones sobre actividad física.

La prescripción del ejercicio físico para la salud debe tener presentes unas bases comunes para adoptar y mantener cambios de estilos de vida:

- Compromiso del usuario en los cambios propuestos, con un papel activo en dicho proceso.
- Carácter lineal del cambio, con diferentes fases de aprendizaje consecutivas y aplicadas según las necesidades del momento. Es un proceso de adquisición progresiva de responsabilidades, donde el grado de dependencia estará relacionado con el nivel de conocimientos adquiridos. A menor conocimiento mayor será la dependencia.
- El peso específico de los aspectos personales que marcarán el desarrollo del proceso y la apreciación de los cambios generados en él.
- La influencia del entorno y contexto social donde se desarrollan dichos cambios.
- Las sensaciones que genera el cambio.

Recomendaciones PAPPs

- En primer lugar preguntar al paciente que acude al centro de salud, acerca de sus hábitos en actividad física. Esto podemos realizarlo mediante preguntas directas y sencillas o mediante cuestionarios estandarizados. En el caso de que realice algún tipo de actividad física debemos valorar el tipo de actividad física o deporte que realiza, con qué frecuencia, duración e intensidad
- Incorporar el consejo y prescripción de la actividad física en las consultas de AP motivando y reforzando al paciente en cada visita, aunque éste no sea el motivo de consulta
- Recomendar un mínimo de 60 min diarios de actividad física moderada para niños y jóvenes, y un mínimo de 30 min para adultos y ancianos

Tabla 4 Mortalidad global según su fracción atribuible a los 10 principales factores. Health Statistics and Informatics Department, 2004 WHO

Posición global	Factor de riesgo	Muertes (millones)	Porcentaje total
1	HTA	7,5	12,8%
2	Tabaquismo	5,1	8,7%
3	Diabetes	3,4	5,8%
4	Inactividad física	3,2	5,5%
5	Sobrepeso y obesidad	2,8	4,8%
6	Hipercolesterolemia	2,6	4,5%
7	Relaciones sexuales de riesgo	2,4	4,0%
8	Abuso de alcohol	2,3	3,8%
9	Bajo peso infantil	2,2	3,8%
10	Humo de interior de combustibles sólidos	2,0	3,3%

HTA: hipertensión arterial.

Tabla 5 Evidencia de las recomendaciones

	Grado de evidencia
Los médicos deben utilizar la actividad física y el ejercicio físico como un fármaco universal, con pocos efectos secundarios y bajo coste	A
Incorporar el consejo y prescripción de la actividad física en las consulta de atención primaria, motivando y reforzando al paciente en cada visita aunque éste no sea el motivo de consulta	B
Recomendar un mínimo de 60 min diarios de actividad física moderada para niños y jóvenes, y un mínimo de 30 min para adultos y ancianos	A
Realizar ejercicio físico de forma regular ayuda a mantener la independencia funcional de las personas mayores y la calidad de vida en todas las edades	A
Realizar ejercicio físico de forma regular disminuye el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles y facilita el control de muchas de las que han aparecido	A

Alimentación

Magnitud del problema

Conocer qué componentes de la dieta desempeñan un papel importante en la prevención de enfermedades permitirá desarrollar acciones de educación nutricional encaminadas a modificar el patrón alimentario de la población hacia dietas más equilibradas, saludables y cardioprotectoras³⁰, de modo que éstas sean efectivas, eficaces y eficientes³¹.

De los 10 factores de riesgo identificados por la OMS como claves para el desarrollo de las enfermedades crónicas, 5 están estrechamente relacionados con la alimentación y el ejercicio físico. Obesidad y sobrepeso han alcanzado caracteres de epidemia a nivel mundial, con más de 1.000 millones de personas adultas con sobrepeso, de las que 300 millones son obesas³². En España, la Encuesta Nacional de Salud 2006 señala que la obesidad ronda el 15% de la población adulta, con un claro incremento desde 1987³³.

Eficacia de la intervención

El USPSTF, en su Informe sobre Asesoramiento para Promover una Alimentación Saludable concluye que no hay evidencia suficiente para hacer una recomendación a favor o en contra del asesoramiento sistemático para promover una alimentación saludable en personas sanas asintomáticas atendidas en AP³⁴.

Se recomienda el asesoramiento dietético intensivo en personas adultas con dislipemia u otros factores de riesgo cardiovascular, o enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación³⁴. En la prevención de la enfermedad cardiovascular, este asesoramiento produce cambios pequeños pero estadísticamente significativos en la adiposidad, PA y colesterol, y medios o importantes en los autorregistros de dieta y actividad física. Sin embargo hay una limitada evidencia en el mantenimiento de estos comportamientos o de sus efectos físicos más allá del año³⁵.

Hay evidencia moderada de que una intervención breve, de intensidad baja a media, puede producir cambios de pequeños a moderados en la ingesta promedio de componentes centrales de una alimentación saludable (especialmente grasa saturada, frutas y verduras). Sin embargo, los estudios tienen defectos metodológicos que hacen que la USPSTF piense que los resultados no son concluyentes (tabla 6).

Aunque no haya evidencia de la efectividad del consejo, sí que parecen claros los beneficios de una alimentación variada, rica en frutas y verduras, potenciando las características de la dieta mediterránea, como la utilización primordial como fuente de grasas del aceite de oliva, el consumo moderado de pescado, pollo, leche y productos lácteos, y un bajo consumo de carne y productos cárnicos^{36,37}.

Destacar la importancia de focalizar las recomendaciones dietéticas no sólo hacia el individuo sino hacia su familia, ya que es dentro del seno familiar donde se establecen los hábitos alimentarios que perdurarán en el futuro.

Recomendaciones PAPPs

- No hay evidencia suficiente para hacer una recomendación a favor o en contra del asesoramiento sistemático para promover una alimentación saludable en personas sanas asintomáticas atendidas en AP
- Aunque no haya evidencia de la efectividad del consejo, sí que parecen claros los beneficios de una alimentación variada, rica en frutas y verduras, potenciando las características de la dieta mediterránea
- Se recomienda el asesoramiento dietético intensivo en personas adultas con dislipemia u otros factores de riesgo cardiovascular o enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación

Tabla 6 Evidencia de las principales recomendaciones para la práctica clínica (USPTF)

	Grado de evidencia
Asesoramiento sistemático para promover una alimentación saludable en personas sanas sintomáticas atendidas en AP	I
Asesoramiento dietético intensivo en personas adultas con dislipemia u otros factores de riesgo cardiovascular o enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación	B
AP: atención primaria.	

Bibliografía

- American Academy of Family Physicians. Periodic Health Examinations. Leawood: AAFP; abril 2009 [consultado 4-2012]. Disponible en: <http://www.aafp.org/exam.xml>
- Health Care Network. The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Ottawa: Canadian Health Network; 2008 [consultado 3-4-2012]. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinic-clinique/index-eng.php>
- Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating Primary Care Behavioral Counseling Interventions: An evidence-based approach. US Preventive task force [consultado 4-2012]. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/3rduspstf/behavior/behsum1.htm>; <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/3rduspstf/behavior/behsum2.htm>
- Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. London: Guilford Press; 2002.
- Zimmerman GL, Olsen CG, Bosworth MF. A 'stages of change' approach to helping patients change behavior. Am Fam Physician. 2000;61:1409-16.
- Cahill K, Lancaster T, Green N. Intervenciones basadas en estadios para el abandono del hábito de fumar. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010 Issue 11. Art. No.: CD004492.
- ICSI Health Care Guideline: Healthy Lifestyles, 2011 [consultado 4-2012]. Disponible en: www.icsi.org
- Lianov L, Johnson M. Physician competencies for prescribing lifestyle medicine. JAMA. 2010;304:202-3.
- US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking a report of the surgeon general. Rockville: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General; 2004 [consultado 3-2012]. Disponible en: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/pdfs/executivesummary.pdf
- Banegas JR, Díez L, Bañuelos B, González-Enríquez J, Villar F, Martín JM, et al. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. Med Clin (Barc). 2011;136:97-102.
- Marqués Molías F, Cabezas Peña C, Camarellés Guillem F, Córdoba García R, Gómez Puente J, Muñoz Seco E, et al. Recomendaciones estilos de vida. Programa Actividades Preventivas y Promoción de la salud PAPPs Actualización 2009. Grupo de Educación para la salud. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia semFYC; 2009 [consultado 3-2012]. Disponible en: <http://www.papps.org/upload/file/08%20PAPPs%20ACTUALIZACION%202009.pdf>
- Camarellés F, Salvador T, Ramón JM, Córdoba R, Jiménez-Ruiz C, López V, et al. Consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. Rev Esp Salud Pública. 2009;83:175-200 [consultado 3-2012]. Disponible en: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdom/vol83/vol83_2/RS832C_175.pdf
- Fiore M, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Bennett G, Benowitz NL, et al. A Clinical Practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A US Public health Service Report Am J Prev Med 2008;35:158-76 [consultado 3-2012]. Disponible en: http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf
- Camarellés F, Mataix J, Cabezas C, Lozano J, Ortega G; y grupos de abordaje del tabaquismo (GAT) de semFYC y de Educación para la Salud del PAPPs-semFYC. Guía para el tratamiento del tabaquismo activo y pasivo. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2011 [consultado 3-2012]. Disponible en: http://www.semanasinhumano.es/upload/file/Guia_bolsillo_tabaquismo_2011_2.pdf
- Fiore MC, Baker TB. Clinical practice. Treating smokers in the health care setting. N Engl J Med. 2011;365:1222-31.
- Robledo T. Alcohol: tercer factor de riesgo en países desarrollados. Aten Primaria 2006; 38:313-315.
- Ochoa R, Fierro I, Yáñez JL, Álvarez FJ. Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España: 1999-2004. Valladolid: Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas, Universidad de Valladolid; 2006.
- Álvarez J, Cabezas C, Colom J, Galán I, Gual A, Lizarbe V, et al. Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1.ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- Bertholet N, Daeppen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in Primary Care. Systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med. 2005;165: 986-95.
- Altisent R, Córdoba R, Delgado MT, Pico V, Melús E, Aranguren F, et al. Estudio multicéntrico para la prevención del alcoholismo en atención primaria (EMPA). Med Clin (Barc). 1997;109:121-4.
- Córdoba R, Delgado MT, Pico V, Altisent R, Forés D, Monreal A, et al. Effectiveness of brief intervention on nondependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multicentre study. Family Practice. 1998;15:562-8.
- Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/3rduspstf/alcohol/alcomisrs.htm>
- Biblioteca Cochrane Plus. 2009; Número 4. Oxford: Update Software Ltd. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2 Art no. CD004148. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Disponible en: <http://www.update-software.com>
- Physical Activity Guidelines Advisory Committee (2008) Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2008 [consultado 13-8-2010]. Disponible en: <http://health.gov/paguidelines>
- Grandes G, Sánchez A, Montoya I, Ortega Sánchez-Pinilla R, Torcal J; PEPAF Group. Two-year longitudinal analysis of a cluster randomized trial of physical activity promotion by general practitioners. PLoS ONE. 2011;6:e18363.
- Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Med Sci Sports Exerc. 2007;39:1423-34.
- Müller-Riemenschneider F, Reinhold T, Nocon M, Willich SN. Long-term effectiveness of interventions promoting physical activity: a systematic review. Prev Med. 2008;47: 354-68.
- Cooper R, Kuh D, Hardy R, et al. Objectively measured physical capability levels and mortality: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2010;341:c4467.
- Odegaard AO, Koh WP, Gross MD, Yuan JM, Pereira MA. Combined Lifestyle Factors and Cardiovascular Disease

- Mortality in Chinese Men and Women. The Singapore Chinese Health Study. *Circulation*. 2011;124:2847-54.
30. Gómez Candela C, Loria Kohen V, Dassen C. Elementos relevantes de la dieta en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *FMC*. 2009;16:5-13.
 31. Marqués Molías F. Promoción y educación para la salud ¿será la solución? *Aten Primaria*. 2009;41:355-7.
 32. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. OMS. 2004. Disponible en: <http://www.who.int/diet/physicalactivity/strategy/eb11344/en/index.html>
 33. Encuesta Nacional de Salud 2006. MSC. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
 34. US Preventive Services Task Force. Behavioral Counseling in Primary Care to Promote a Healthy Diet. 2003. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstdiet.htm>
 35. US Preventive Services Task Force "Behavioral Counseling to Promote Physical Activity and a Healthful Diet to Prevent Cardiovascular Disease in Adults: Update of the Evidence for the U.S. preventive Services Task Force". 2010. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf11/physactivity/physupd.pdf>
 36. ACS Guidelines on Nutrition and Physical Activity for Cancer Prevention. 2012 Disponible en: [http://www.cancer.org/Healthy/EatHealthyGetActive/ACS Guidelines on Nutrition Physical Activity for Cancer Prevention/nupa-guidelines-toc](http://www.cancer.org/Healthy/EatHealthyGetActive/ACS-Guidelines-on-Nutrition-Physical-Activity-for-Cancer-Prevention/nupa-guidelines-toc)
 37. Nordmann AJ, Suter-Zimmermann K, Bucher HC, Shai I, Tuttle KR, Estruch R, et al. Meta-analysis comparing Mediterranean to Low-Fat Diets for modification of Cardiovascular Risk factors. *Am J Med*. 2011;124:841-51. Abstract disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21854893>